REVU

DE LA S

De l'emploi des su

1er

Tirage

HUITIÈME ANNÉE. N° 8. 20 août 1888.
(Vingt-deuxième année du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*)

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

SOMMAIRE

De l'emploi des sutures perdues dans quelques opérations plastiques,

Par le prof. Jaques-L. Reverdin.

(Communication faite au 3me congrès français de chirurgie dans la séance du 16 mars 1888).

Tirage à part : 200 exemplaires.

GENÈVE
H. GEORG, LIBRAIRE-EDITEUR
LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITE
1888

La *Revue médicale de la Suisse romande* faisant suite au *Bulletin de la Société médicale de la Suisse* [ro]*mande* paraît le 20 de chaque mois à Genève, avec la collaboration de MM. les Dr[s] **Dufour**, [d]e **Cérenville** et **L' Secretan,** de Lausanne, anciens rédacteurs du Bulletin. Chaque numéro est [a]u moins 48 pages.

Prix de l'abonnement : pour la Suisse, 12 fr.; pour l'Union postale, 14 fr.

Prix des annonces : 25 cent. la petite ligne.

Pour ce qui concerne la rédaction, s'adresser au secrétaire, M. le Dr **Picot,** Grand'Rue, 19, à Genève [Po]ur les *abonnements* et l'*expédition*, à la **librairie Georg,** Corraterie, 10, à Genève.

Pour les *annonces*, à la **librairie Georg** et à MM. **Haasenstein et Vogler**.

Les auteurs des articles insérés dans la Revue recevront gratuitement 25 exemplaires de leurs articles [sa]ns pagination spéciale ; ils pourront obtenir à prix réduit un tirage plus considérable, avec paginatio[n] [sp]éciale, en s'adressant à l'imprimerie Ch. SCHUCHARDT, Pélisserie, 18.

Extrait de la **Revue médicale de la Suisse romande.**
N° 8. — 20 août 1888.

De l'emploi des sutures perdues dans quelques opérations plastiques,

Par le prof. Jaques-L. Reverdin.

(Communication faite au 3me congrès français de chirurgie dans la séance du 16 mars 1888).

Messieurs,

Depuis quelques années l'usage des sutures perdues tend de plus en plus à se généraliser et à se substituer avec avantage aux anciennes sutures profondes, aux sutures de soulagement à chevilles, à plaques ou à boutons sur lesquelles elles présentent une supériorité incontestable. Pour ma part je puis dire que j'en fais un usage constant et que je n'ai eu jusqu'ici qu'à m'en louer ; si l'on a à sa disposition, et chacun je crois peut en avoir, un catgut parfaitement stérilisé, parfaitement aseptique, l'inclusion dans une plaie de points de suture même nombreux est absolument sans inconvénients.

D'autre part je ne connais pas de moyen plus commode et plus efficace pour amener au contact le plus intime les différentes parties d'une plaie régulière comme celle d'une amputation, pour combler et effacer les anfractuosités d'une plaie irré-

gulière ou faire disparaître une cavité par le rapprochement de ses parois.

Tandis que les anciennes sutures profondes, la suture à plaque de plomb de Lister, par exemple, n'agissaient que dans un espace limité, sur le trajet du fil, et encore grâce à une pression assez violente sur la peau, la suture perdue rapproche à volonté sans tiraillement, sans pression, sans le moindre danger de mortification les différents plans de tissus que l'on amène successivement au contact, en allant des parties profondes aux parties superficielles ; dans une amputation par exemple nous suturons la manchette périostique au-devant de l'os, les muscles profonds ensuite, puis les superficiels ; ceci fait l'on est frappé de voir combien la plaie est diminuée ; la peau est sans tension aucune, ses bords grâce aux sutures perdues se sont rapprochés d'eux-mêmes. Ceci est si vrai que plus d'une fois j'ai dû à la fin d'une amputation retrancher une certaine quantité de peau ; j'en avais trop, parce que j'avais taillé mes lambeaux avec le souvenir de nos anciennes méthodes de suture. Plus d'une fois il m'est arrivé de fermer avec la plus grande facilité, grâce aux sutures perdues, de grandes plaies d'extirpation du sein que j'aurais dû certainement laisser en partie ouvertes autrement. La suture perdue en rapprochant plan par plan les parties profondes est le meilleur moyen de détendre les téguments, *c'est la suture de soulagement par excellence.*

La suture perdue est de plus une *suture hémostatique* : en mettant en contact les faces de la plaie le plus complètement possible, elle s'oppose à l'hémorragie post-opératoire par les petits vaisseaux, elle agit dans une grande plaie comme agit la suture de la lèvre par exemple après une excision en V.

Cet effet hémostatique m'a frappé surtout dans les ablations du sein et dans les énucléations de goitres. Après l'extirpation du sein avec évidement de l'aisselle, j'ai pris l'habitude d'effacer le mieux possible la vaste cavité laissée dans l'aisselle en rapprochant par quelques points de suture perdue les bords des muscles grand pectoral et grand dorsal ; de fait ils se laissent assez bien rapprocher pour qu'il ne reste plus guère sous leurs bords de place que pour les deux gros drains que je place côte à côte dans le fond de l'aisselle ; j'ai été frappé de voir combien l'imbibition sanguine du premier pansement a été moins abondante qu'à l'époque où je n'employais pas ce moyen.

De même après l'énucléation de goitres ; l'hémorragie opé-

ratoire est quelquefois abondante et après les ligatures faites, le suintement persiste par les petits vaisseaux de la capsule ; les drains placés, les bords de la capsule sont suturés ensemble, puis les muscles s'il y a lieu, enfin la peau ; l'écoulement sanguin consécutif est souvent minime.

Cette action hémostatique n'est pas indifférente, car, à mon avis, plus l'hémostase est parfaite, plus, toutes choses égales, la réunion par première intention a de chances pour elle, et plus aussi la fièvre traumatique est généralement peu accusée.

Je sais bien que l'on peut voir une plaie remplie de caillots sanguins se guérir sans encombre à condition d'une asepsie parfaite ; mais pouvons-nous toujours être assurés de cette asepsie parfaite, n'y a-t-il pas mille causes qui peuvent malgré nous venir troubler le processus d'organisation du caillot ; la région ne se prête pas toujours à l'application d'un pansement antiseptique correct, ou bien nous sommes appelés à opérer au voisinage de tissus infectés ; dans ces conditions le sang accumulé dans une cavité, à la température du corps, n'est-il pas le plus excellent des milieux de culture ? Cette méthode de traitement des plaies, défendue par Shede surtout, doit être à mon avis une méthode d'exception ; l'hémostase aussi parfaite que possible doit être la règle et la suture perdue a une grande valeur à ce point de vue.

Un fait que j'ai observé quelquefois depuis que j'emploie la suture perdue c'est la persistance de la réunion profonde malgré la désunion superficielle, j'en citerai un exemple tout à l'heure, mais en voici un autre : il s'agissait d'une vieille femme atteinte d'arthrite suppurée tibiotarsienne avec fistule ; j'amputai la jambe au tiers inférieur ; malgré les soins pris pendant l'opération, la plaie qui parut d'abord se réunir se désunit, mais ce fut la peau seule qui subit cette désunion ; les muscles et le périoste parfaitement soudés recouvraient l'os d'une couche protectrice et la guérison retardée ne fut pas un instant compromise ; si ce moignon avait été plus ou moins rempli de caillots, si le périoste et les muscles n'avaient pas été réunis par des sutures perdues, il est plus que probable que la suppuration se fût propagée jusqu'à l'os qui se fût pour le moins nécrosé.

Mais, Messieurs, je ne veux pas abuser plus longtemps de vos instants, en insistant sur les nombreuses applications des sutures perdues, parmi lesquelles je me borne à mentionner les

opérations de cure radicale de hernies, d'hydrocèle, de taille hypogastrique, d'ablation de tumeurs diverses, etc., etc.

Si j'ai insisté sur ce que je considère comme les qualités maîtresses de la suture perdue, c'est qu'elles expliquent les avantages que j'en ai retiré dans quelques opérations plastiques que je vous demande maintenant la permission de vous communiquer.

Les trois premières observations concernent trois restaurations du périnée, toutes trois différentes : une fois c'est une déchirure partielle datant de 12 ans ; une autre fois une déchirure complète et profonde datant de 6 ans ; enfin la troisième observation concerne une petite fille de 10 ans, venue au monde avec une imperforation de l'anus et un abouchement anormal du rectum à un millimètre de la fourchette, et opérée une première fois sans succès par un de mes confrères.

Dans ces trois cas, dont deux au moins étaient relativement difficiles, le résultat définitif a été excellent et j'attribue une bonne part dans la réussite à l'usage des sutures perdues.

Obs. I. — *Déchirure incomplète du périnée; restauration, avivement par incision simple ; sutures perdues et suture métallique; désunion superficielle et partielle, persistance de la réunion profonde, résultat définitif bon.*

Mme K..., Julie, 35 ans, a eu quatre couches à terme; à la première, en 1873, qui a été difficile, il s'est fait une déchirure incomplète du périnée, aucun soin particulier; après une fausse couche en 1881, la malade commence à éprouver de la gêne dans le ventre, la matrice tend à descendre. Déchirure du périnée assez profonde; la distance qui sépare la nouvelle fourchette de l'anus est de un centimètre et demi, peu de tissu cicatriciel; muqueuse vaginale formant trois gros bourrelets, l'un médian, deux autres latéraux; prolapsus vaginal antérieur et postérieur. Col très volumineux, lèvre antérieure très hypertrophiée, l'orifice du col est profondément déchiré à gauche; exulcération superficielle due en partie au port d'un pessaire anneau; cavité utérine mesurant 6 centimètres.

Je propose à la malade de procéder d'abord à la restauration du périnée, et, plus tard, s'il y a lieu, à une nouvelle opération portant sur le col hypertrophié et considérablement déformé.

Opération le 26 janvier 1885. L'avivement est fait au moyen d'une simple incision courbe qui suit la cicatrice et remonte sur les côtés jusqu'aux glandes de Bartolin; la muqueuse vaginale est alors séparée en bas du rectum et disséquée sur les côtés; un doigt placé dans l'intestin permet de tendre les parties et d'éviter de léser le rectum; arrivé à une certaine profondeur le décollement de la muqueuse vaginale peut se faire

avec le doigt par simple pression; il est poursuivi jusqu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur sur la ligne médiane. Ceci fait, je procède à la suture; je place d'abord avec mon aiguille trois fils d'argent forts; passant profondément dans les lèvres latérales de la plaie et dans le tissu qui double le rectum, ils sortent à 2 centimètres des bords de la plaie et ne seront noués que plus tard. Je fais alors deux étages de suture perdue avec du catgut; chaque étage se compose de trois points de suture; ces points noués, la plaie est réduite à presque rien, elle n'a plus qu'un centimètre de profondeur et ses bords sont très peu écartés; quatre points de suture au catgut réunissent les lèvres cutanées de la plaie. Le lambeau vaginal a été replié sur lui-même au moyen de deux points de suture perdue au catgut passés sous sa face cruentée à travers le tissu conjonctif sans intéresser la muqueuse; la partie la plus reculée de ses bords a été cousue au catgut à la partie la plus reculée de la plaie périnéale; le bout est laissé flottant. Les trois fils d'argent sont alors fortement serrés et tordus. Comme pansement, poudre d'iodoforme et compresses boriquées.

La malade éprouve de vives douleurs dans la région et est prise de crises de tremblement très pénibles, sans sensation de froid, comme elle en a eu ordinairement à ses couches; ces crises persistent pendant trois jours; quoique la température soit normale oscillant entre 37° et 37°7, le pouls est par moments rapide, les nuits sont mauvaises, l'agitation nerveuse augmente, la malade veut se lever la nuit et divague; l'idée me vient que ces phénomènes peuvent être dus à l'iodoforme quoique employé en petite quantité; on cesse son usage aussitôt et au bout de peu de jours tout rentre dans l'ordre.

Le 2 février j'enlève les trois fils d'argent, ce qui amène un grand soulagement; ils ont un peu coupé les tissus et les jours suivants on voit les bords de la plaie s'écarter à la surface tandis que la réunion profonde tient bon, la petite plaie granule et se cicatrise, le périnée a gardé toute sa hauteur, seulement il présente une dépression médiane verticale sur sa partie supérieure.

Comme j'ai suivi depuis lors la malade et que j'ai dû amputer le col considérablement déformé et hypertrophié, j'ai eu mainte occasion de constater l'état du périnée. On distingue encore aujourd'hui (mars 1888) la dépression produite par la non-réunion superficielle de la partie supérieure du périnée, mais celui-ci est néanmoins épais et solide comme on peut le constater en plaçant un doigt dans l'anus et l'autre dans le vagin; le périnée mesure 4 centimètres de hauteur.

Comme vous le voyez le succès n'a pas été complet puisque la plaie s'est désunie en partie et a guéri par granulation, mais comme le résultat final a été bon, ce fait n'en est que plus instructif; la plaie s'est désunie dans sa partie supérieure et la désunion n'a été que superficielle; je crois pouvoir attribuer en grande partie cette désunion aux fils d'argent qui ont coupé les tissus;

en tout cas si les tissus profonds n'avaient pas été solidement réunis par mes sutures perdues il est plus que probable que la désunion se serait complétée et qu'au lieu d'un simple retard dans la guérison, j'aurais eu un échec complet.

Vous avez remarqué que dans ce cas j'ai procédé à l'avivement par une simple incision courbe suivie d'une dissection profonde, mais sans excision ; l'avivement ainsi fait restitue les parties dans l'état où elles se trouvaient au moment de la déchirure, ce qui me semble l'idéal à poursuivre ; il n'y a pas de perte de substance effectuée, par conséquent plus de facilité à réunir. Ce procédé que j'ai employé quelquefois déjà et que je croyais mien, était pratiqué simultanément par mon collègue le professeur Vulliet à notre insu réciproque. Un procédé basé sur le même principe vient d'être vivement recommandé par M. Sänger[1] ; son origine est déjà ancienne, paraît-il, et remonte à un chirurgien norvégien Voss, à A.-R. Simpson et à Lawson Tait. H. Fritsch[2] recommande aussi l'avivement sans excision. Quoi qu'il en soit ce procédé d'avivement m'a donné de bons résultats et les sutures perdues y trouvent une utile application.

Dans le cas suivant il s'agissait d'une déchirure complète et profonde, puisque je ne rencontrais le bord de la cloison qu'à plus de trois centimètres de profondeur ; j'ai procédé à l'avivement par le dédoublement de la cloison rectovaginale et l'excision de deux surfaces vaginales en ailes de papillon étroites ; j'ai combiné les sutures perdues avec les sutures rectales, vaginales, périnéales, employant le catgut pour les sutures perdues et rectales, la soie pour les autres, pas un seul fil métallique. A mesure que j'avançais dans ma suture, plaçant de nouveaux points perdus, on voyait les bords de la plaie se rapprocher et lorsque j'en vins à la suture périnéale la peau ne présentait plus la moindre tension. Les sutures perdues, d'un placement des plus aisés, ont encore l'immense avantage d'interposer entre la paroi rectale et la paroi vaginale une lame de tissu conjonctif qui les isole et les sépare ; en tout cas elles sont d'une application bien plus simple et plus facile que la plupart des sutures en usage assez général dans ces opérations.

1 Max Sænger. Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum rectovaginale und Lappenbildung. *Sammlung klinischer Vorträge* n° 301.

2 Heinrich Fritsch Ueber Perineoplastik. *Centralblatt für Gynäcologie*, 1887, n° 30.

La réunion s'est faite complètement et pratiquement, le résultat est excellent ; cependant il a peut-être persisté une fistulette si minime qu'elle a passé inaperçue jusqu'à ses derniers temps ; il s'agissait comme on le verra d'un cas difficile.

Obs. II. — *Rupture complète du périnée, y compris la cloison. Restauration; sutures perdues. Guérison.*

Mme L. B..., 26 ans, vient me consulter au mois d'avril 1885 ; son premier accouchement, qui a eu lieu le 1er août 1879, a été long et difficile et s'est terminé par une application de forceps ; il s'est produit une déchirure complète du périnée et on s'est borné à lui tenir les cuisses rapprochées ; dès lors diarrhées fréquentes, impossibilité de retenir les gaz et les matières molles ou liquides ; Mme B. a eu depuis deux nouvelles couches, en août 1880 et en octobre 1881 ; rien n'a été fait jusqu'ici pour restaurer son périnée.

Examen le 24 avril 1885. Déchirure complète du périnée, y compris le sphincter anal et la cloison ; la malade étant couchée sur le dos, les pieds sur deux chaises, le doigt ne rencontre le bord mince et tranchant de la cloison qu'à 3 centimètres et demi de profondeur ; en écartant les grandes lèvres, on ne peut apercevoir le bord de la cloison concave en avant, très mince, qu'avec assez de difficulté. Les bords de la déchirure anale sont très sensibles ; le col utérin est volumineux, exulcéré superficiellement ; il n'y a pas d'abaissement de la matrice. La malade ne peut retenir ni les gaz, ni les matières pour peu qu'elles soient molles ; à chaque selle la vulve est souillée par les matières. Sensibilité intestinale très vive ; diarrhées fréquentes ; enfin, depuis le mois de décembre à diverses reprises, crises de nerfs plus ou moins violentes ; le professeur Freund consulté à Strasbourg a vivement conseillé l'opération : je suis entièrement de son avis, et la malade acceptant, on lui fait subir les préparations d'usage, pansements du col et du vagin, purgatif, lavement.

Opération le 1er mai 1885 ; la malade éthérisée, les précautions antiseptiques prises, je procède à l'avivement de la façon suivante : la vulve est maintenue écartée avec deux pinces placées au niveau des glandes de Bartolin tenues par deux aides, deux crochets sont implantés en dehors des limites de la déchirure anale. Je fais sur le bord de la cloison une incision formant un angle ouvert en avant et je décolle la muqueuse vaginale sur la ligne médiane et plus profondément sur les parties latérales ; une seconde incision parallèle à la première est faite à 7 ou 8 millimètres en arrière et délimite deux bandelettes de muqueuse vaginale qui sont enlevées. De l'extrémité externe de ces bandelettes part de chaque côté une incision qui remonte en haut vers mes pinces et se recourbe pour redescendre vers l'avivement de la cloison ; les deux lambeaux étroits de muqueuse ainsi circonscrite sont enlevés ; j'ai ainsi un avivement figurant sur les côtés des ailes de papillon étroites, et se continuant sur la cloison par deux surfaces allongées de 8mm de largeur, se réunissant par un angle

ouvert en avant. Irrigation chaude d'acide borique, pas de ligatures nécessaires.

Je passe à la suture : je fais d'abord les deux sutures vaginales les plus profondes sur l'angle postérieur de la cloison (soie noire), puis un premier point rectal (catgut); je place alors un point de suture perdue au catgut entre la paroi vaginale et la paroi rectale; passant le fil dans le tissu cellulaire des deux côtés de la plaie entre le rectum et le vagin, de façon à interposer ce tissu entre les deux parois muqueuses une fois le nœud fait, je refais quelques points vaginaux, quelques points rectaux, puis de nouveaux points perdus comme tout à l'heure : il a été fait ainsi 5 points rectaux au catgut, 16 points vaginaux presque tous à la soie, 3 points de suture perdue au catgut. Ceci fait, la plaie est si bien rétrécie que je n'ai plus qu'à placer quatre points de suture périnéale à la soie noire forte, pour avoir un affrontement très facile et très exact; pendant le cours de la suture nous avons été frappé de la facilité que nous ont procurée les sutures perdues en faisant cesser toute tension et en réduisant peu à peu la plaie à des dimensions minimes. — Collodion iodoformé sur la ligne de réunion, tampon de glycérine iodoformée à l'entrée du vagin.

A part quelques douleurs du côté de l'anus, quelques malaises dus au cathétérisme et une légère élévation de température jusqu'à 38°,8 le 5 au soir, tout marche régulièrement, la constipation est maintenue au moyen de la morphine jusqu'au 13; il n'y a qu'un très léger gonflement du périnée, mais un écoulement vaginal purulent assez abondant et odorant. Un premier fil périnéal est enlevé le 10, deux autres le 11; le 13, la malade rend à la suite d'une purgation des matières volumineuses assez molles et la réunion tient bon; le 14 elle se lève, le 15 le dernier fil périnéal est enlevé; la malade rentre chez elle le 17, et les règles apparaissent. Dès lors l'état reste parfait, le périnée est des plus solides, épais, les selles sont moulées, volumineuses, faciles, la malade retient facilement les matières et les vents. Les fils vaginaux sont enlevés peu à peu dans le courant de juin; plusieurs du reste s'éliminent spontanément.

J'ai suivi depuis lors cette malade, car l'ulcération du col a persisté, j'ai eu l'occasion d'appliquer mainte fois le spéculum et j'ai constaté la persistance d'un périnée solide et résistant.

J'ai voulu revoir la malade, au moment de rédiger ce travail, et j'ai appris avec étonnement que l'été dernier le professeur Freund avait constaté l'existence d'une fistulette recto-vaginale; la malade ayant été prise de diarrhées des matières y avaient passé; il fit une cautérisation ; je n'ai pu retrouver cette fistulette, mais ceci expliquerait comment la malade, quand elle est couchée, laisse quelquefois des gaz passer par le vagin; elle retient cependant en temps ordinaire gaz et matières, à moins qu'elle n'ait une forte diarrhée.

Dans l'observation suivante il s'agit d'une petite fille née avec

un abouchement anormal du rectum immédiatement en arrière de la fourchette; l'orifice rectal était de plus très étroit; peu après la naissance, un de mes confrères l'opère, dissèque le rectum, le fixe en arrière, et suture le périnée au-devant de lui, l'opération paraît d'abord réussir, mais peu à peu l'anus, tout en restant large, se reporte en avant. A l'âge de 10 ans l'enfant m'est présentée ; je refais une opération analogue, dissèque le rectum à 3 centimètres de profondeur, le fixe au-devant du coccyx et reconstitue un périnée ; mais j'emploie les sutures perdues et le résultat immédiat est parfait, la réunion complète ; ce résultat persiste et est définitivement acquis.

Obs. III. — *Imperforation de l'anus, abouchement du rectum derrière la fourchette. Dissection du rectum, fixation de l'anus à sa place normale ; reconstitution du périnée, sutures perdues ; guérison.*

L'enfant B..., Jeanne, 10 ans, a plusieurs frères bien conformés ; elle-même présente une malformation qui a passé inaperçue au moment de sa naissance et qui n'a été découverte que cinq à six semaines plus tard ; cette malformation consistait d'après les renseignements que m'a donnés mon collègue, le professeur Prevost, dans l'état suivant : l'anus est imperforé, à sa place normale dépression de la peau un peu froncée; l'intestin s'ouvre à quelque millimètres de la vulve par un très petit orifice; l'enfant a la vulve salie par les matières qui s'échappent difficilement et sont vermiformes ; le Dr Gautier consulté alors, opère le 3 mars 1875 ; il dissèque la partie inférieure de l'intestin, mais pas très haut, il pratique une incision jusqu'à la fossette anale, et il fixe l'intestin à ce niveau, en plaçant en avant un ou deux points de suture pour former le périnée. Les premiers jours l'opération parut réussie, mais, dès que la cicatrisation fut complète, l'anus revint peu à peu en avant et reprit sa place primitive ou à peu près ; néanmoins l'orifice resta suffisamment large, et les troubles de la défécation avaient disparu ; peu à peu un léger prolapsus de la muqueuse se forma et alla graduellement en augmentant. La petite malade dont la santé générale était assez bonne me fut adressée par mon collègue Prevost au mois d'avril 1886 ; le prolapsus a notablement augmenté depuis cinq à six semaines, l'enfant souffre en marchant et en allant à la selle; elle retient assez bien les matières à moins qu'elles ne soient liquides, et difficilement les gaz.

L'orifice anal touche à la fourchette dont il n'est séparé que par un pont de peau de un millimètre de largeur ; prolapsus de la muqueuse anale réductible ; anus large, non contracté, paraissant dépourvu de sphincter; cloison rectovaginale excessivement mince; fossette bien accusée au niveau de l'anus absent. Je me propose de disséquer le rectum, de le fixer en arrière, de réséquer le prolapsus et de refaire un périnée solide; les sutures profondes me paraissent devoir faciliter ce dernier temps de l'opération.

Opération le 17 avril 1886. Éthérisation.

Je fais sur le bord antérieur de l'orifice intestinal une incision en demi-lune aux limites de la peau et de la muqueuse et dissèque avec le bistouri le rectum que je sépare du vagin à petits coups; parvenu à un demi-centimètre de profondeur, la séparation peut se faire avec le doigt et être poussée jusqu'à trois centimètres de profondeur; la paroi vaginale est extrêmement mince, transparente; je parviens cependant sans peine à la séparer sans aucune déchirure; je dissèque alors le rectum sur les côtés, puis j'achève de le circonscrire en arrière par une incision et l'isole d'abord avec le bistouri puis avec le doigt à la même profondeur de trois centimètres. De la partie postérieure de la plaie je fais partir une incision antéro-postérieure médiane qui dépasse en arrière la fossette anale et confine au coccyx, je la fais profonde jusqu'aux limites de la dissection du rectum; je coupe en la faisant un petit faisceau musculaire qui paraît être le muscle transverse. La dissection achevée le rectum pend librement au milieu de la plaie comme un battant de cloche.

Je passe à la suture; le rectum est attiré en arrière et je reconstitue le périnée au-devant de lui; pour cela je fais trois plans superposés de sutures perdues au catgut, trois points pour chaque plan; les fils passent sous les deux faces de l'avivement en s'enfonçant le plus profondément possible dans le tissu conjonctif; les trois points du plan le plus profond sont noués immédiatement; avant de nouer les points du second plan, je place des fils périnéaux de soie au nombre de trois passant dans la partie profonde de la plaie et sortant à travers la peau à 1 centimètre des bords; ils seront noués en dernier lieu; auparavant je noue les fils de catgut du second plan, puis je place et noue ceux du troisième qui sont tout voisins de la peau; il ne reste qu'à nouer les fils de soie et à en ajouter un quatrième qui paraissait nécessaire. Le périnée ainsi reconstitué les bords de l'orifice rectal sont suturés à la soie aux bords de la partie postérieure de l'incision à la place normale de l'anus; simultanément on résèque la partie prolabée de la muqueuse.

L'opération terminée le périnée présente 4 centimètres de hauteur au lieu de 1 millimètre. Les suites de l'opération furent absolument régulières et le résultat de la suture parfait; les fils périnéaux de soie qui avaient un peu de tendance à couper les tissus sont enlevés le 22 et le 23 et je note ce jour : pas de rougeur, légère teinte ecchymotique jaunâtre; la soudure paraît parfaite, on ne voit même pas la ligne de réunion. Les autres fils sont enlevés le 24 et le 25; première selle ce jour-là, facile; nouvelle selle sous l'influence d'un purgatif, sans accident. Le 28, l'enfant se lève; la réunion du périnée est aussi parfaite que possible, il forme à sa partie postérieure un léger éperon au-devant de l'anus; il n'y a plus de prolapsus.

Je revois la petite opérée au mois de mai; guérison complète, pas de douleurs, pas de prolapsus, elle retient les gaz, mais a un peu de peine à retenir les matières quand elles sont liquides; le périnée mesure au moins trois centimètres et demi.

Du côté du périnée aucune modification ne s'est produite, mais le prolapsus a un peu reparu, à droite surtout, de sorte qu'après avoir fait faire des applications astringentes sans succès j'ai pratiqué la cautérisation au thermocautère au mois de mai 1887.

Dans les trois opérations que je viens de relater les sutures perdues me paraissent avoir été de la plus grande utilité, d'abord comme suture de soulagement, en détendant peu à peu, point par point, les tissus et en supprimant la tension de la peau, en second lieu comme moyen hémostatique, en appliquant si bien les faces de la plaie l'une contre l'autre qu'aucune accumulation de sang ou de sérosité n'a pu s'interposer entre elles ; cela est surtout important dans une région où l'antisepsie parfaite n'est guère possible.

Je ne suis du reste, j'ai soin de le dire, ni le seul ni le premier, à recommander les sutures perdues dans ces opérations ; Fritsch les applique à son procédé; Küster[1] au Congrès des chirurgiens allemands les a vivement recommandées (avril 1884) ; j'ai suivi son exemple, je m'en suis très bien trouvé et à mon tour je désire faire connaître les avantages de ce procédé.

Dans le cas que je vais maintenant relater il s'agit de tout autre chose ; je n'ai pas fait appel à l'action hémostatique de la suture perdue, c'est seulement comme suture de soulagement qu'elle a agi, et le résultat a été des plus satisfaisants ; voici ce fait :

Obs. IV. — *Arrachement de l'extenseur de l'index à son insertion, suture à l'insertion, sutures perdues latérales de soulagement. Guérison.*

Le 6 septembre 1886, Mme H... Ernestine, bouchère, voulant décrocher un morceau de viande dans sa boucherie, était montée sur une échelle; elle a perdu pied et s'est trouvée pendue au crochet par la main gauche ; le crochet a déchiré tout le deuxième espace intermétacarpien à sa face palmaire ; le Dr Mayor applique le tube d'Esmarch et m'envoie la malade ; l'Esmarch enlevé, hémorragie par l'arcade palmaire superficielle, ligature des deux bouts; la plaie est lavée à l'eau stérilisée puis à l'acide phénique 5 % ; elle est profonde ; le nerf collatéral est arraché et pendant, l'artère collatérale est à nu, le tendon fléchisseur intact ; suture au catgut et drainage. La plaie se continue à la commissure de l'index et du

[1] Küster. Ueber die Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastichen Operationen. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* 13e Congress 1884.

médius et sur la moitié de la première phalange de l'index à sa face dorsale; dans cette plaie pend un long bout de tendon, c'est celui de l'extenseur de l'index; il s'est rétracté en arrière, mais on peut l'attirer en avant dans une grande longueur, son extrémité est déchiquetée. Je fais alors sur le dos de l'index une incision longitudinale pour retrouver le bout antérieur du tendon, je ne rencontre ses débris qu'au niveau de la troisième phalange, sous la forme de quelques minces fibres nacrées; il a été en somme arraché à son insertion même; l'incision a mis au jour le foyer d'arrachement et je trouve que la capsule de l'articulation des deux premières phalanges présente une ouverture que je ferme aussitôt avec un point de catgut. Il s'agit alors de suturer le tendon arraché, ce que je fais en cousant son extrémité flottante au moyen de trois points de catgut avec le tissu fibreux qui double la face dorsale de la troisième phalange et est formé par les débris de son insertion. Je remarque alors que le tendon, au lieu de recouvrir la face dorsale du doigt, a une tendance invincible à se luxer en dedans, vers le côté cubital de l'index; pour y remédier et pour soulager en même temps la suture tendineuse qui céderait facilement, l'idée me vient de fixer de place en place le bord externe du tendon à la lèvre externe de la plaie; pour cela je fais trois points de suture perdue, sous-cutanés, latéraux; l'aiguille traverse le tendon d'abord, puis je l'enfonce dans le tissu cellulaire sous-cutané de la lèvre externe de l'incision et je noue le fil; le tendon se trouve ainsi ramené et fixé sur la face dorsale du doigt et la suture antérieure soulagée; mes trois points perdus empêchent le bout central d'être attiré en arrière par les contractions musculaires. Suture de la plaie, pansement à l'iodoforme, attelle dorsale pour l'index, attelle palmaire pour la main et l'avant-bras.

Après un gonflement assez marqué, toute la plaie palmaire s'est réunie par première intention, mais à la face dorsale il y a eu un peu de suppuration et élimination de tissu fibreux mortifié, de sorte que j'ai craint de voir le tendon suturé s'éliminer en partie; il n'en a pas été ainsi; le 27 la plaie dorsale était complètement détergée et la cicatrisation très lente au niveau de la commissure s'achevait dans le courant de novembre; la raideur est combattue par les bains aromatiques, le massage, et en même temps j'électrise les muscles atrophiés de l'avant-bras. Au mois de janvier je constate avec plaisir que malgré l'infection partielle de la plaie, le tendon a été conservé; si l'on fléchit de force l'index, qui est encore assez raide, la malade peut l'étendre volontairement et avec assez d'énergie.

Comme vous l'avez vu, les débris du bout terminal du tendon étaient si grêles que, sans aucun doute, la suture eût eu toutes les chances possibles d'échouer sans le moyen adjuvant que j'ai employé et qui a consisté à fixer de place en place le bord du tendon au tissu cellullaire sous-cutané; ce moyen remplissait deux indications, maintenir le tendon sur le dos des phalanges,

l'empêcher de se luxer au dedans, et soulager la suture terminale.

Je crois que dans bon nombre de sutures de tendons il pourrait être utilisé avec avantage ; il trouverait aussi des applications dans les sutures de nerfs sectionnés ou réséqués et j'entrevois son utilité au même titre dans bon nombre d'autoplasties.

J'espère vous avoir montré que la suture perdue, outre ses applications générales, est un moyen commode et précieux dans quelques opérations plastiques.



